

FRECUENCIA DE LA ULCERA RECURRENTE POST-OPERATORIA BASADA EN OPERACION ORIGINAL PARA ULCERA DUODENAL

* Miguel A. Tovar A. ** Rafael Vetencourt R.

PALABRAS CLAVES: Vagotomía Truncular/Pilorooplastia - Vagotomía Truncular / Antrectomía

RESUMEN

Considerando los trabajos publicados que hablan del porcentaje de pacientes que presentan recurrencia de úlcera péptica luego de procedimiento quirúrgico, se estudió la frecuencia de úlcera recurrente post-vagotomía truncular más pilorooplastia de Heineke-Mikulicz o vagotomía truncular más antrectomía, por ser estas las técnicas más utilizadas por Cirujanos y Residentes de Postgrado Universitario en el Departamento de Cirugía del Hospital Central "Antonio María Pineda", en el tratamiento de úlcera duodenal complicada.

Se seleccionaron 40 pacientes mayores de 13 años sometidos a una de las intervenciones mencionadas: bien sea en forma electiva o de emergencia, practicándose controles clínicos y endoscópicos luego de 6 meses de operados o antes si presentaban síntomas.

En un primer grupo de 20 pacientes a quienes se les practicó vagotomía truncular más pilorooplastia se encontró recurrencia en 6 (30%) mientras que 10 pacientes mostraron otros efectos indeseables como reflujo biliar y retardo del vaciamiento gástrico. En un segundo grupo de 20 pacientes a quienes se les practicó vagotomía truncular más antrectomía de los cuales 5 (25%) fueron realizadas con anastomosis Billroth I y 15 (75%) con anastomosis Billroth II, hubo recurrencia en 4 (20%).

Para ambos grupos el sexo más afectado fue el masculino y el promedio de edad 35 años, mientras que el tiempo transcurrido entre la intervención y la recurrencia varió entre 1 mes y 4 años.

SUMMARY

Considering worldwide incidence of recurrent peptic ulcer after surgical procedure, we studied the frequency of peptic ulcer postvagotomy + Heineke-Mikulicz pyloroplasty or vagotomy + antrectomy, being these the techniques most carried out by Surgeons and Residents at Surgery Department of Antonio María Pineda Hospital for complicated duodenal ulcer.

We chose 40 patients over 13 years old who were operated on with one of those techniques mentioned above, practiced as an emergency or elective one. Each patient had clinical and endoscopic controls after 6 months of operation or before if they had symptoms.

A first group with 20 patients operated on with truncular vagotomy + pyloroplasty had 6 recurrent ulcer (30%) meanwhile, 10 patients had undesired effects as biliar reflux and slow gastric emptying. A second group with 20 patients operated on with truncular vagotomy + antrectomy, in which 5 patients (25%) were made with Billroth I and 15 (75%) with Billroth II we found recurrent ulcer in 4 (20%).

For both groups, males were most affected and the mean age was 35 years. The interval between the operation and the onset of symptoms of recurrent ulcer varied from 1 month to 4 years.

* Residente de Postgrado Universitario en Cirugía General. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto, Estado Lara.

** Médico Gastroenterólogo. Jefe del Servicio de Gastroenterología. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto, Estado Lara.

INTRODUCCION

La úlcera péptica es reconocida como una enfermedad de gran importancia, virtualmente frecuente en todos los segmentos de la población, asociada a una amplia morbilidad, requerimiento frecuente de hospitalización, complicaciones que potencialmente ponen en peligro la vida del paciente y un impacto financiero importante debido a los costos relacionados al cuidado médico, al precio cada vez mayor de los medicamentos, y a la pérdida de productividad.

Dentro de las complicaciones más temidas de la enfermedad úlcero-péptica figuran la hemorragia, la perforación y la obstrucción, sin olvidarnos de la sintomatología dada por dolor y pirosis, que en muchos de los casos es la que obliga al paciente acudir al médico (1,2,3).

La mayoría de las veces el tratamiento farmacológico busca conseguir la desaparición de los síntomas, cicatrización de la úlcera, prevención de las complicaciones y la reducción de las recurrencias (1,3). Sin embargo, muchos de los pacientes tendrán recurrencia entre uno y dos años posterior a la suspensión del tratamiento médico con antagonistas H₂ u otros de los medicamentos antiulcerosos (4). Es por ello, que en algunas ocasiones muy bien definidas se plantea el tratamiento quirúrgico (1,2,3,5,6).

Pero aún así hay un porcentaje de pacientes que presentan recurrencia posterior a la intervención. Esta complicación variará de acuerdo a la técnica utilizada en la operación (1,2,7), razón por la cual surge el interés de investigar en nuestro hospital la frecuencia de úlcera recurrente post-vagotomía troncular y piloroplastia de Heineke-Mikulicz o vagotomía troncular y antrectomía por ser estas técnicas las más comúnmente realizadas por cirujanos y residentes de Postgrado del Servicio de Cirugía General para el tratamiento de la úlcera duodenal complicada.

MATERIAL Y METODOS

Se seleccionaron 40 pacientes mayores de 13 años de edad de ambos sexos a quienes se les

practicó vagotomía troncular y piloroplastia o vagotomía troncular con antrectomía como tratamiento quirúrgico original, electivo o de emergencia para complicaciones de úlcera duodenal, en el Servicio de Cirugía del Hospital Central "Antonio María Pineda", desde Junio de 1988 a Septiembre de 1992. Se excluyeron todos aquellos pacientes con hábitos tabáquicos acentuados (más de 10 cigarrillos/día) o con hábitos alcohólicos diarios, así como también a pacientes con otras patologías concomitantes como insuficiencia renal, hiperparatiroidismo, enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica (EBPOC), o con enfermedades reumatoideas que ameritan tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, por la mayor susceptibilidad de estos grupos a sufrir úlcera recurrente.

Los pacientes fueron citados o localizados por medio de sus direcciones, siendo canalizados por el Servicio de Gastroenterología practicando control endoscópico en un lapso no menor a 6 meses posterior a su intervención quirúrgica original o antes si presentaban síntomas ulcerosos.

RESULTADOS

Se localizó un total de 40 pacientes intervenidos por úlcera duodenal complicada dividiéndose en 2 grupos: un primer grupo de 20 pacientes a quienes se les practicó vagotomía troncular y piloroplastia en condiciones de emergencia por úlcera duodenal perforada, y un segundo grupo también de 20 pacientes a quienes se les practicó vagotomía troncular y antrectomía por úlcera duodenal sangrante, estenosante o ambas, de los cuales 7 se realizaron en condiciones de emergencia y 13 intervenciones electivas.

En el primer grupo el sexo más afectado es el masculino (90%), con edades comprendidas entre 15-64 años (promedio 34 años), observándose recurrencia ulcerosa en 6 de los mismos (30%), todos del sexo masculino. De los 6 pacientes que recurrieron 3 (50%) estaban asintomáticos, sin embargo. 1 tuvo como hallazgo endoscópico

reflujo biliar, en contraste con 3 pacientes (50%) que sí presentaron síntomas (epigastralgia, ardor, melena en 1 de ellos y síndrome pilórico en otro). Y tiempo transcurrido entre la intervención inicial y el hallazgo de recurrencia varió entre 1 mes y 2 años postoperatorios. 100% de los pacientes que tuvieron recurrencia en este grupo fueron intervenidos por residentes de cirugía. Para este primer grupo en la endoscopia control, se encontró reflujo biliar en 4 pacientes (20%) de los cuales 2 presentaron síntomas. Por último se encontró retardo del vaciamiento en 5 (25%) de los cuales 4 (80%) eran sintomáticos (Cuadro 1).

No hubo muertes post-operatorias atribuibles a la intervención.

En el segundo grupo, de 20 pacientes a quienes se practicó vagotomía troncular con antrectomía, el sexo más afectado fue el masculino (85%), con edades comprendidas entre 20 y 67 años (promedio 36 años), desarrollándose úlcera recurrente en 4 (20%), todos del sexo masculino (Cuadro 2).

El tiempo transcurrido entre la intervención y la recurrencia varió entre 1 mes y 4 años. 5 (25%) de estas intervenciones fueron realizadas con anastomosis Biliroth I, 15 (75%) con anastomosis Biliroth II, de las cuales 3 (20%) fueron practicadas sin procedimiento antirreflujo y 12 (80%) con procedimiento antirreflujo (yeyuno anastomosis latero-lateral).

Todos los pacientes que tuvieron recurrencia refirieron síntomas, principalmente epigastralgia, ardor y uno de ellos presentó hematemesis (Cuadro 2).

En los pacientes en quienes se les practicó anastomosis Biliroth I: 2 (40%) presentaron recurrencia, y a uno de ellos en los controles endoscópicos se le encontró reflujo biliar (Cuadro 2), En los 3 pacientes en quienes se practicó anastomosis Billroth II sin procedimiento antirreflujo no hubo recurrencia ulcerosa, sin embargo, 2 (66,6%) refirieron síntomas y los hallazgos endoscópicos para estos fue reflujo biliar (Cuadro 2).

De los pacientes a quienes se le practicó Billroth II con procedimiento antirreflujo: 2 (16,6%) presentaron recurrencia ulcerosa, Ocho pacientes (66,6%) estuvieron asintomáticos, pero en dos de ellos se evidenció como hallazgo endoscópico reflujo biliar y retardo del vaciamiento en otros.

Dos pacientes (16,6%) refirieron síntomas a pesar de no tener recurrencia ulcerosa: uno reflujo biliar y otro retardo del vaciamiento como hallazgos endoscópicos (Cuadro 2).

Trece de estas 20 intervenciones fueron practicadas en condiciones electivas y siete de emergencia, para las primeras la recurrencia fue de 15,38% (2 casos) y para la segunda 28,57% (2 casos) (Cuadro 2).

Por último 11 intervenciones (55%) de este segundo grupo fueron intervenidas por médicos cirujanos y 9 (45%) por residentes de cirugía, la recurrencia para los primeros fue de 27,2% y para los segundos 11,1 %.

No hubo muertes post-operatorias.

DISCUSIION

Para muchos autores la vagotomía troncular y piloroplastia es la técnica de elección en el tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal perforada (8,9) y debido a su baja tasa de mortalidad (0,6%) y un porcentaje de recurrencia que varía entre 7 - 10% (1,6,8,9,10,11,12,13).

En el presente estudio de 20 pacientes intervenidos con vagotomía troncular y piloroplastia de Heineke-Mikulicz no hubo muertes atribuibles a la intervención y la recurrencia ulcerosa fue de 30%. Porcentaje muy superior al reportado por los autores anteriormente citados.

Como otros efectos indeseables, en los controles endoscópicos se encontró que 4 pacientes presentaban reflujo biliar, lo que podría

explicarse por el hecho de que con esta intervención las funciones del piloro como son la regulación del paso de alimentos al duodeno e impedir el reflujo biliar son virtualmente eliminadas (11).

También se encontró retardo del vaciamiento en 6 pacientes; uno de ellos con úlcera recurrente presentó obstrucción de la piloroplastia y hubo de ser reintervenido.

Sólo 3 de los 6 pacientes con recurrencia ulcerosa presentaron síntomas, lo que permite señalar que en el presente estudio un 50% de los pacientes es susceptible de sufrir recurrencia ulcerosa aún cuando no manifieste síntomas, de aquí la importancia de concientizarlo en torno a un control clínico y endoscópico postoperatorio durante un tiempo de aproximadamente 1 año o antes si presenta síntomas.

CUADRO 1

RESUMEN DE LOS RESULTADOS PARA 20 PACIENTES INTERVENIDOS CON VAGOTOMIA TRONCULAR Y PILOROPLASTIA DE HEINEKE-MIKULICZ. SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL HOSPITAL CENTRAL "ANTONIO MARIA PINEDA". BARQUISIMETO, 1988-1992

PAC.	EDAD	SEXO	CIRUJ.	RESID.	REC.	SINT.	REF. BILIAR	RET. EN VACIAM.	ELECT.	EMERG	MUERT.
1	22	M	X							X	
2	42	M		X		X	X			X	
3	17	M		X		X		X		X	
4*	62	M		X	X	X				X	
5	18	M		X	X					X	
6	21	M		X						X	
7	38	M		X	X	X				X	
8	58	M		X	X		X			X	
9	18	M		X		X	X	X		X	
10	64	F		X		X				X	
11	66	M		X		X		X		X	
12	18	M		X			X			X	
13	35	M		X		X		X		X	
14	26	M		X						X	
15	25	M	X							X	
16	50	M		X				X		X	
17**	24	M		X	X	X		X		X	
18	22	M		X						X	
19	15	F		X						X	
20	28	M		X	X					X	
TOTAL	33.5		2	18	6	9	4	6	0	20	0

* Melena

** Síndrome pilórico

CUADRO 2

RESUMEN DE LOS RESULTADOS PARA 20 PACIENTES INTERVENIDOS CON VAGOTOMIA TRONCULAR Y ANTRECTOMIA
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO "DR. ANTONIO MARIA PINEDA"
BARQUISIMETO, 1988 - 1992

TIPO DE INTERVENCION														
PACIENT.	EDAD	SEXO	A	B	C	CIRUJANO	RESID.	REC.	SINT.	REF. BILIAR	RET. EN VAC.	ELECT.	EMERG.	MUERTE
1	40	M	X			X		X	X			X	X	
2	44	M	X			X								
3	22	M	X			X						X		
4	45	F	X				X					X		
5	20	M	X			X		X	X				X	
6	31	M		X		X		X	X				X	
7	56	M		X			X						X	
8	30	M		X			X	X	X				X	
9	31	M		X			X		X	X			X	
10	24	M		X		X						X		
11	21+	F		X			X						X	
12	30	M		X		X				X		X		
13	29	M		X		X				X		X		
14	38	M		X			X		X		X	X		
15	67	M		X			X					X		
16	43	M		X			X					X		
17	57	F		X			X				X	X		
18	33	M			X	X			X	X		X		
19	29	M			X	X			X	X		X		
20	24	M			X	X						X		
PROMEDIO	36													
TOTAL			5	12	3	11	9	4	8	6	2	13	7	0

A. Vagotomía troncular bilateral con antrectomía y anastomosis tipo Billroth I
B. Vagotomía troncular bilateral con antrectomía y anastomosis tipo Billroth II con procedimiento antirreflujo
C. Vagotomía troncular bilateral con antrectomía y anastomosis tipo Billroth II sin procedimiento antirreflujo

Por otra parte, los autores que defienden como técnica quirúrgica a la antrectomía con vagotomía troncular la sustentan igualmente en el hecho de que tiene una baja mortalidad (0,24%) y una tasa de recurrencia de 1 - 3% (1,6,7,12,13,14,15).

En nuestro estudio no hubo muertes postoperatorias y la recurrencia para este tipo de intervención fue de 20% , sensiblemente mayor que la publicada por los autores ya citados.

Como otra complicación, el reflujo biliar se presentó en un 25% de los 12 pacientes con

anastomosis Billroth II y procedimiento antirreflujo, mientras que en 3 pacientes en quienes no

se practicó dicho procedimiento el reflujo se presentó en 2 (66,6%).

En el caso de los pacientes intervenidos con vagotomía más antrectomía y anastomosis Billroth 1, sólo 1 de los 5 pacientes tuvo reflujo biliar, lo que significa que en la casuística el reflujo biliar es ligeramente menor que en las intervenciones con anastomosis Billroth II y procedimiento antirreflujo.

El porcentaje de recurrencia ulcerosa para la antrectomía con vagotomía troncular practicada por cirujanos fue mayor (27,2%) que para la practicada por residentes de cirugía (11,1 %), sin embargo, no hubo diferencia estadísticamente significativa ($Z_c = 0,89$).

Para ambos grupos el sexo más afectado por úlcera fue el masculino con edad promedio de 35 años, lo que concuerda con el hecho de que la úlcera duodenal es más frecuente en el hombre dentro del mismo rango de edad señalado.

Por último el tiempo transcurrido entre la intervención y la recurrencia varió desde 1 mes a 4 años, esto último acorde con lo publicado por Marshal y Terrel (15).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. TAYLOR I: Duodenal ulcer disease. Gitnick, G. (editor) Principles and Practice of Gastroenterology and Hepatology. New York. Elsevier Science Publishing. 175-190. 1988.
2. HIRLBY R; FELDMAN M: Postoperative recurrent ulcer. Sleisenger M., Fordtran J. (editors) Gastrointestinal Disease. Pathophysiology, diagnosis, management. Philadelphia. W.B. Sanders Company. 952-961. 1989.
3. SPIRO H: Complicaciones. Spiro H. (editor) Gastroenterología Clínica. México. Nueva Editorial Interamericana. 281-309. 1980.
4. BERMAN P: Peptid ulcer. Rakel R. (editor) Conn's current therapy. Philadelphia. W.B. Sanders Company. 420-422. 1986.
5. JORDAN P: Operations for duodenal ulcers disease. Annu. Rev. Med. 40: 1-15. 1989.
6. ALDERE J; ZUÑIGA A: El tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica. Revista Latinoamericana de Cirugía. 2 (1): 55-68. 1988.
7. STABILE B; LASSARO E: Recurrent peptic ulcer. Gastroenterology 7 (1): 124-135. 1976.
8. KULCHIER A; DZASOKHOV S: Current methods of surgical treatment of perforated pyloroduodenal ulcers. Klin. Khir 1: 43-45. 1990.
9. AEBERHARD P; LICHTENHAHN P; VILLIGER P: Current treatment for peptic ulcer perforation Schweiz Med. Wochenschr. 120 (14): 467-475. 1990.
10. GELL C; RUEDI T; KOBLE E: 17 year follow-up of vagotomy and pyloroplasty Schweiz Med. Wochenschr. 113 (15): 570-571. 1983.

11. SKELLENGER M; JORDAN P: Complications of vagotomy and pyloroplasty Surg. Clin. North. Am. 63 (6): 1167-1180. 1983.
12. POSLETHWAIT R: Five yeat follow up results of operations for duodenal ulcer. Surg. Gynecol. Obstet. 137: 387-392. 1973.
13. CHASSIN J: Operative strategy in general surgery. An expositive Atlas. Volumen I. New York. Springer-Verlag. 1-558. 1980.
14. MORREO J: Tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal crónica. 1° Edición Caracas. Editorial OBE. 1-293. 1968.
15. MARSHAL S; TERRELL G: Postoperative recurrent ulcer. Surg. Clin. North. Am. 37: 653-663. 1957.